FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

267

Année 1910 — **THÈSE** — N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Par M. Bernard FRANÇOIS

Né à Fays-Billot (Haute-Marne), le 28 août 1885.

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

La saignée dans les Accidents prééclamptiques

ET

AU COURS DES ACCÈS ÉCLAMPTIQUES

Président : M. ACHARD, *professeur*.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen ..... M. LANDOUZY.

Professeurs ..... MM.

Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	R. BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE. / WIDAL
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	MARIE (PIERRE).
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. / DIEULAFOY. / DEBOVE. / LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALLET (GILBERT).
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND. / RECLUS.
Clinique chirurgicale	SEGOND. / QUENU. / DELBET.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. / BAR. / RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM	MM.
AUVRAY.	CUNÉO.	LAUNOIS.	NOBÉCOURT.
BALTHAZARD.	DEMELIN.	LECÈNE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRANCA.	DUVAL.	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (ANDRÉ).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBÉ.	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR ACHARD

MÉDECIN DE L'HÔPITAL NECKER
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ POTOCKI

ACCOUCHEUR DE L'HÔPITAL LA PITIÉ
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON

MM. les Docteurs Deroye, Parizot, Dubard,
Breton, Broussolle

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stage :

M. le Professeur Dieulafoy (*Hôtel-Dieu*, 1906)
A la mémoire de M. le Professeur Terrier
(*La Pitié*, 1907).

Externat :

M. le Docteur Thibierge (*Broca*, 1907)
M. le Docteur Potocki (*La Pitié*, 1908)
A la mémoire de M. le Docteur Lamy (*Tenon*, 1908)
M. le Docteur Gouget (*Tenon*, 1909)
M. le Docteur Chaput (*Lariboisière*, 1909)
M. le Docteur Barbier (*Hérold*, 1910)

INTRODUCTION

Le traitement de l'éclampsie a subi de nombreuses modifications en rapport avec les diverses conceptions pathogéniques des accidents observés ; cependant il est un moyen thérapeutique, employé d'abord plus ou moins empiriquement, qui est resté et doit rester à la base du traitement de ces accidents graves : c'est la saignée.

Au cours de notre année d'externat à la Maternité de la Pitié, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas d'éclampsie qui furent tous traités par la saignée et guérirent parfaitement.

En présence de ces faits, étant donnée la divergence actuelle d'opinion au sujet de ce traitement, M. Potocki nous décida à consacrer ce travail à l'étude de la saignée dans la thérapeutique de l'éclampsie et à insister sur les avantages qu'on peut retirer de cette pratique appliquée systématiquement, aussi bien dans les accès convulsifs que dans les accidents prodromiques.

C'est qu'en effet dans cette période décrite par M. le professeur Bar sous le nom d'éclampsisme, désignant une éclampsie sans attaques, une éclampsie larvée pour ainsi dire, des accidents, parfois mortels, peuvent survenir, auxquels il importe d'opposer un traitement rapide et énergique. Dans tous les cas la saignée abondante nous a donné d'excellents résultats et semble être le traitement de choix par la sûreté et la rapidité de son action.

Nous ne voulons pas, dans ce travail, apporter, après de nombreux auteurs, de notions nouvelles sur la pathogénie de l'éclampsie ; mais nous essaierons de tirer de l'étude des accidents prodromiques et des crises convulsives, les principales indications de la thérapeutique.

Nous rattachant à la théorie généralement admise de l'auto-intoxication, nous verrons que dans l'éclampsisme comme dans l'éclampsie ces indications sont au nombre de trois : 1° désintoxiquer l'organisme ; 2° abaisser la pression, et 3° rétablir la diurèse.

Après avoir étudié le traitement tel qu'il nous a été donné de le voir appliquer dans le service d'accouchements de la Pitié, nous examinerons comment la saignée agit : 1° en enlevant des toxines à l'organisme : 2° en abaissant la pression ; 3° en rétablissant le cours des urines.

Enfin, nous passerons en revue un certain nombre d'observations dues à l'obligeance de M. Potocki ou que nous prîmes sous sa haute direction, et de l'ensemble de ces faits nous tirerons les conclusions qu'ils comportent au point de vue du pronostic maternel et fœtal.

PREMIÈRE PARTIE

ÉCLAMPSISME ET ÉCLAMPSIE

Sous les synonymes d'éclampsie (Sauvage), apoplexie laiteuse (Levret), apoplexie hystérique (Sydenham), épilepsie sympathique (Tissot), épilepsie rénale, dystocie épileptique, les anciens auteurs décrivaient, en les confondant le plus souvent, les différents états convulsifs pouvant se produire au cours de la grossesse ou de l'accouchement. De ces différents termes, celui d'éclampsie seul est resté ; l'état qu'il désigne ne devant être confondu avec aucun autre. « C'est un syndrome, dit Cazeaux, caractérisé par des accès convulsifs dans lesquels presque tous les muscles de la vie de relation, souvent aussi ceux de la vie organique, sont convulsivement contractés ; accès le plus ordinairement accompagnés ou suivis de l'abolition plus ou moins complète et plus ou moins prolongée des facultés sensorielles ou intellectuelles. »

On ne saurait faire rentrer dans cette définition de Cazeaux les cas d'éclampsie sans accès convulsifs tels que nous en décrirons dans un instant, et qui sont cependant intimement liés à l'éclampsie puisqu'ils aboutissent aux mêmes accidents et même à la mort.

D'où la nécessité de réserver le mot éclampsie pour désigner, non une maladie ou une entité morbide, mais un

syndrome convulsif constituant un des symptômes de l'auto-intoxication cause des accidents graves décrits pendant longtemps sous le nom d'éclampsie.

Nous conserverons avec M. le professeur Bar (1) la dénomination d'éclampsisme pour caractériser l'ensemble des accidents précédant immédiatement les accès convulsifs ; ces prodromes pouvant constituer, sans aboutir à des crises, les seules manifestations de l'auto-intoxication chez la femme enceinte, en travail ou accouchée.

De toutes les théories émises sur la pathogénie de l'éclampsie, il en est une qui doit surtout retenir notre attention, c'est celle de l'auto-intoxication ; c'est du reste vers cette notion généralement admise actuellement que tendent toutes les autres théories.

Des produits toxiques seraient d'abord élaborés pour les uns par l'intestin, pour les autres par le fœtus et le placenta ; par suite du ralentissement de la nutrition, de l'insuffisance des oxydations, du surmenage des organes de défense, ces produits peuvent créer des lésions du foie et des reins.

En 1843, le médecin anglais Lever, constatant la présence de l'albumine dans l'urine des éclamptiques, avait émis la théorie rénale, et depuis on avait identifié l'éclampsie à l'urémie. « Par les altérations de la fonction urinaire et des reins, écrivait Bailly, l'éclampsie se rattache à la grande et difficile question de l'urémie dont elle n'est qu'une des formes symptomatiques. »

Mais en réalité la question est plus complexe. En effet, on peut observer des accès éclamptiques chez des femmes

(1) Bar, *Journal des sages-femmes*, 1908.

n'ayant pas d'albumine et, d'autre part, les lésions rénales sont également très inconstantes et des plus variables dans leur intensité.

Aussi actuellement est-ce au foie qu'on attribue la part prépondérante dans la pathogénie des accidents d'auto-intoxication gravidique. De nombreuses preuves cliniques expérimentales et anatomo-pathologiques ont été apportées à l'appui de cette opinion.

Les preuves cliniques sont tirées de l'existence fréquente de cas d'éclampsie sans albuminurie ni mal de Bright constatés à l'autopsie ; de la ressemblance que présentent au contraire les accidents éclamptiques avec les accidents de l'ictère grave, de la fréquence de l'ictère post-éclamptique.

Comme preuves expérimentales, on peut invoquer l'état de la perméabilité rénale chez les éclamptiques (Potocki), la toxicité exagérée du sérum sanguin et l'hypotoxicité des urines au cours de l'éclampsie (Rumno (1), Tarnier et Chambrelent) (2), et dans la période prééclamptique (Bar et Renon) (3), ainsi que la diminution de l'urée constatée par Masséï, Ludwig et Savor.

L'anatomie pathologique a démontré l'existence constante d'altérations nécrobiologiques du foie (Bouffe de Saint-Blaise) (4) analogues à celles que Claude (5) a consta-

(1) Rumno, *Rif. medica*, 1889 ; Schwaab, *Arch. de Méd.*, 1897.

(2) Tarnier et Chambrelent, *Annales de gynécologie*, novembre 1892.

(3) Bar et Renon, *Société de biologie*, 28 avril 1894.

(4) Voir Ribemont-Dessaignes et Lepage, *Précis d'obstétrique*, p. 729 : « Bouffe de Saint-Blaise est formel sur les lésions anatomiques, mais réservé sur la cause. »

(5) Claude, *Lésions du foie et des reins au cours d'intoxications expérimentales*. Thèse de Paris.

tées dans certaines intoxications. Cette nécrobiose des cellules hépatiques est constante tandis que les lésions rénales ne le sont pas.

L'immense majorité des accoucheurs admet aujourd'hui, après M. le Professeur Pinard, la théorie de l'hépatotoxémie sans préjuger la source et la nature des agents toxiques. Le rein n'aurait qu'une action secondaire quoique parfois très importante, et l'albuminurie gravidique ne serait d'habitude qu'une complication et même, le plus souvent, qu'un signe de l'insuffisance hépatique.

Aux produits toxiques initiaux vont donc s'ajouter des poisons d'auto-intoxication qui restent dans le sang par suite de l'insuffisance des organes d'élimination ou de transformation. L'éclamptique est par conséquent une empoisonnée, une insuffisante de tous ses organes, et la rétention dans l'organisme maternel de produits toxiques va déterminer des troubles dans le fonctionnement de toutes les cellules et secondairement les accidents symptomatiques classiques.

Mais il est exceptionnel que ces accidents convulsifs apparaissent brusquement et sans qu'on ait pu les prévoir. On sait, et Mme La Chapelle (1) l'a écrit dans son livre d'accouchements, que l'éclampsie débute rarement sans avoir été précédée de symptômes plus ou moins accusés et qu'un médecin doit toujours s'appliquer à rechercher.

L'éclampsie par ictus est une exception et l'état de mal est en général précédé de prodromes qui donnent à la femme un aspect tout particulier, caractéristique. Tous ces

(1) Mme La Chapelle, *Pratique des accouchements*.

prodromes n'apparaissent pas en même temps ; nous allons les étudier successivement dans l'ordre de leur apparition, puis nous tracerons un rapide tableau d'ensemble de l'éclampsisme.

1° L'*albuminurie* est un des symptômes les plus précoces. Nous ne voulons pas parler de ces albuminuries transitoires de la grossesse ou du travail qui cèdent facilement au régime lacté, mais nous entendons signaler ces albuminuries rebelles, résistant à tout traitement et qui, peu à peu, augmentent malgré un régime lacté absolu précocement institué. Parfois peu abondante, variant de 0 gr.50 à 1 ou 2 grammes, la quantité d'albumine peut atteindre un chiffre très élevé : 13 et 15 grammes, prenant alors en masse l'urine dans laquelle on la recherche. On a cependant noté des éclamptiques non albuminuriques, et pour Depaul (1), Tarnier (2), Poptero, l'examen de l'urine serait négatif dans un dixième des cas.

2° Les *œdèmes* apparaissent peu de temps après l'albumine. La bouffissure de la face et l'œdème palpébral sont précoces. La malade s'aperçoit un matin au réveil que ses paupières sont tuméfiées : à voir la face légèrement bouffie, on dirait que le sujet a engraissé. Les œdèmes se localisent également aux malléoles ou bien ils gagnent les jambes, les cuisses, les grandes lèvres et la paroi abdominale. On peut les constater à tous les degrés, depuis la légère enflure des malléoles jusqu'à l'anasarque.

La présence d'un œdème étendu à marche croissante, malgré le régime lacté, est de mauvais augure ; cependant

(1) Depaul, *Bulletin Académie de méd.*, 1854.
(2) Tarnier, in Tarnier et Budin, *Traité d'accouchements*, t. III.

sa constatation, sa marche, quoiqu'ayant une grande importance, n'ont pas une valeur absolue ; car bien des albuminuriques ont un œdème étendu très tenace et n'ont pas d'accès. D'autre part, on voit des crises sans traces d'œdème ; chez ces femmes l'albuminurie n'est apparue que peu de jours avant les accès et s'est accrue dans les quelques heures qui les ont précédés ; les œdèmes n'ont pas alors eu le temps de se constituer.

3° La *céphalalgie* est intense, tenace, persistante avec sensation de constriction au niveau des tempes. C'est une céphalée le plus souvent frontale, quelquefois occipitale, à forme pulsatile avec crises gravatives ; elle est plus marquée au réveil.

4° Les *troubles de la vue* consistent surtout en une notable diminution de l'acuité visuelle, les malades se plaignent de voir comme à travers un nuage les objets dont les contours semblent confus. Parfois elles ont pendant quelques secondes une abolition de la vision avec sensation de vide et tendance au vertige. L'amblyopie peut s'accentuer jusqu'à la cécité complète (1). On a noté de la diplopie, du daltonisme et du strabisme. Enfin tous ces troubles peuvent s'accentuer ou diminuer sans raison apparente.

5° Du côté de l'*ouïe* on remarque rarement de la surdité, mais plus souvent des bourdonnements, des tintements de cloches.

6° La *douleur de Chaussier* est une douleur vive dans la

(1) Lehmann, Hemianopsie bei puerperaler Amaurose. *Berl. klin. Wochensch.*, 21 décembre 1896 ; L. Knapp, *Prag. med. Wochensch.*, 21 mai 1901 ; Vaquez, *Semaine médicale*, 1907, p. 123.

région épigastrique avec sensation de striction à la base du thorax.

7° Les *vomissements* alimentaires ou bilieux accompagnent le plus souvent la barre épigastrique de Chaussier, ils sont brusques, douloureux, persistants.

8° La *dyspnée* est quelquefois sous la dépendance d'un œdème pulmonaire, mais le plus souvent on ne trouve rien à l'auscultation, c'est une dyspnée centrale et toxique.

9° Enfin dominant le tout, un grand symptôme dont la constatation a une importance capitale au point de vue pronostic : c'est *l'hypertension artérielle*.

Depuis les travaux de Vaquez et Nobécourt (1) et la thèse de Chirié (2), on sait que pendant toute la grossesse la tension artérielle reste normale et oscille entre 12 et 14 centimètres de mercure. Au moment du travail il se produit pendant les douleurs une hypertension d'effort variant de 17 à 18 en moyenne, mais pouvant atteindre 20 à 22. Du reste aussitôt après l'accouchement la tension revient à la normale ; la tension moyenne est donc 12 à 14 et 15 maximum ; toute autre pression supérieure doit être considérée comme pathologique.

Or, au cours de l'évolution des prodromes de l'éclampsie, on voit peu à peu la tension artérielle s'élever et atteindre 18 et 20 centimètres de mercure. Dans presque tous les cas, les éclamptiques présentent une pression élevée qui doit se produire lentement et doit être ancienne, ainsi qu'en témoigne l'hypertrophie du cœur.

(1) Vaquez et Nobécourt, Tension dans l'éclampsie, *Société médicale des hôpitaux*, 1897.

(2) Chirié, *Hypertension et accès éclamptiques*, thèse de Paris, 1907.

Vaquez et Nobécourt ont pu dire que toute femme « qui, au cours de la grossesse ou après l'accouchement, présente de l'hypertension artérielle, est menacée d'éclampsie, que les urines soient ou non albumineuses ». Cette assertion est confirmée par Pal (1), Saratoff (2) et Chirié (3). Toutefois, chez des femmes très jeunes ou nerveuses, les crises convulsives peuvent apparaître sans hypertension antérieure, elles sont alors peu fréquentes et d'un pronostic bénin.

10° Enfin, dernier symptôme beaucoup plus net et plus fréquent dans la période d'éclampsie, c'est la diminution de quantité des urines. Petit à petit, celles-ci prennent une teinte brun foncé au fur et à mesure que leur volume se réduit, et il arrive de n'en recueillir qu'un quart ou un demi-litre dans les 24 heures ; mais il est rare que cette oligurie aboutisse à l'anurie totale. Ce symptôme peut faire défaut, mais quand il existe, le pronostic devient très grave.

Si à tous ces symptômes, nous ajoutons l'état intellectuel de ces malades, nous aurons le tableau complet des prodromes de l'éclampsie. Quelques-unes, en effet, ont de la paresse intellectuelle, sont somnolentes, apathiques, dans un état de prostration dont il est très difficile de les tirer ; on pourrait croire à une sorte de coma larvé. D'autres, au contraire, sont agitées, se lèvent, sortent et nécessitent une surveillance continuelle. Elles ont des troubles cérébraux le plus souvent passagers (4) : confu-

(1) Pal, *Semaine médicale*, 1905.

(2) Saratoff, Thèse de Paris, 1898.

(3) Chirié, Thèse de Paris, 1907.

(4) Theuveny a signalé l'aphasie transitoire dans l'éclampsie (*Diagnostic clinique des accès éclamptiques*. Thèse de Paris, G. Steinheil, 1903).

sion mentale, loquacité ou refus de parler, agitation pendant la nuit, manies, etc.

C'est alors que les accès convulsifs sont proches, mais ils peuvent ne pas se manifester, et dans ce cas, l'ensemble de ces symptômes réalise le tableau d'un état morbide particulier, très proche parent de l'éclampsie, appelé par M. le Professeur Bar « éclampsisme » (1).

Dans la plupart des cas, la guérison s'effectue spontanément, cependant on a vu la mort survenir sans aucune crise convulsive, le plus souvent par hémorragie ou œdème cérébral et même plus simplement par intoxication. Bar rapporte deux observations d'éclampsisme avec mort survenue, la première à la clinique Tarnier par hémorragie cérébrale, la seconde à l'hôpital Saint-Antoine par œdème cérébral. Desnoues (2) cite le cas d'une femme en état d'éclampsisme morte par hémorragie ventriculaire (3).

Donc, si dans certains cas la guérison s'effectue d'elle-même, le plus souvent il importe d'agir rapidement, autant pour soulager les malades que pour prévenir l'apparition des crises convulsives ou d'une complication fatale. Quelles sont les principales indications du traitement ?

Pour Vaquez (4) et Chirié, tous les accidents et lésions de l'éclampsie seraient dus à un spasme vasculaire produi-

(1) Bar, Eclampsie sans attaques. *Journal des sages-femmes*, 1908.

(2) Desnoues, Mort soudaine par hémorragie ventriculaire chez une femme en état d'éclampsisme. *Bull. Soc. obst. Paris*, 1909.

(3) Chirié, dans sa thèse, rapporte les observations de trois femmes mortes sans accès convulsifs.

(4) Vaquez, *Semaine médicale*, 13 mars 1907, p. 121.

sant l'hypertension : l'albuminurie, la céphalée à forme pulsatile, l'hémianopsie et l'amaurose, les troubles auditifs seraient sous la dépendance de l'hypertension. D'un autre côté, les vomissements, la dyspnée, les troubles cérébraux sont preuve de l'action des toxines sur les centres ; leur apparition brusque, leur persistance, leur aggravation indiquent l'imminence des convulsions.

Donc *intoxication* et *hypertension* auxquelles nous pouvons ajouter l'*oligurie* dans quelques cas, tels sont les trois symptômes fondamentaux qu'on relève dans l'étude de l'éclampsisme ; nous allons les voir se confirmer, s'exagérer dans l'éclampsie. Il est rare, en effet, que la malade en reste à la période prodromique ; si dès ce moment on n'a pas agi énergiquement, si l'on n'est pas arrivé à enrayer la suite croissante des accidents, presque fatalement les crises vont se produire violentes, répétées pour aboutir peut-être à la mort de la femme ou à celle de son enfant.

Nous ne décrirons pas ici les accès convulsifs, mais nous allons rechercher ce que deviennent dans cette période les symptômes étudiés plus haut. Et tout d'abord, dans le plus grand nombre des cas, le coma est complet, interrompu de temps à autre par des crises convulsives ; les pupilles sont dilatées, la respiration embarrassée, stertoreuse, ayant parfois le rythme de Cheyne-Stokes : la température peut monter ; la sensibilité est obtuse, la malade très agitée. Chez les éclamptiques sans coma la céphalée est à tel point violente qu'elle leur arrache des cris de douleur, d'autres fois les malades se plaignent de cécité ou de surdité complètes. Enfin la quantité d'albumine

augmente en masse dans les urines ; les vomissements se reproduisent abondants, douloureux ; les œdèmes s'étendent, pouvant gagner les centres nerveux et amener la mort. En un mot tous ces phénomènes traduisent une intoxication, une toxémie encore plus intense que dans la période prodromique.

Nous allons retrouver, comme cause de lésions et de complications, l'hypertension artérielle déjà signalée comme facteur important d'accidents. Pendant toute la période éclamptique, la pression se maintient entre 18 et 20 centimètres de mercure avec tendance à monter à l'approche des crises. Au moment des accès convulsifs, on voit, ainsi que l'a montré Chirié (1), « se greffer sur cette hypertension primitive, une hypertension secondaire, intermittente, en rapport avec les crises elles-mêmes ». La pression peut alors osciller entre 25 et 30 centimètres de mercure. C'est sous l'influence de cette hypertension que les vaisseaux, déjà touchés par les toxines charriées dans le sang, se rompent et donnent naissance à ces hémorragies viscérales si fréquentes dans l'éclampsie. Ces hémorragies, on les retrouve à l'autopsie avec un maximum de fréquence dans le foie et surtout dans les centres ; elles sont rares dans le rein.

Mais du côté de ce dernier organe on note une congestion intense se traduisant pendant la vie par une diminution notable de la sécrétion urinaire pouvant aboutir à l'anurie. On pourrait s'étonner de ce fait qui, au premier abord, semble une anomalie, puisque pour faire uriner

(1) Chirié, Thèse de Paris, 1907.

un cardiaque, on essaie d'élever sa pression artérielle et que l'éclamptique anurique est une hypertendue : c'est précisément l'hypertension qui, chez ces dernières malades, est facteur d'anurie en opposant au fonctionnement du rein un obstacle mécanique, en congestionnant cet organe. Les éclamptiques urinent peu ou pas et dans la plupart des cas on n'obtient en les sondant que quelques grammes d'urines foncées quelquefois troubles.

En résumé, nous pouvons conclure qu'aussi bien dans la période d'éclampsisme que dans celle d'éclampsie, la malade est une *intoxiquée grave avec hypertension artérielle et diminution de la sécrétion urinaire*. D'où les trois indications urgentes du traitement à lui appliquer dans les deux cas.

1° Eliminer le plus vite possible la plus grande quantité de toxines qu'on pourra ;

2° Abaisser la pression artérielle ;

3° Rétablir la diurèse, ouvrir le robinet des urines suivant l'expression de Pousson.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

TRAITEMENT

A la base du traitement de l'éclampsie et des accidents prodromiques tel qu'il est appliqué à la Maternité de la Pitié, figure la saignée.

Toute femme qui entre dans le service en imminence ou en état d'éclampsie, est saignée, et cela quels que soient l'âge de la grossesse et l'état de la femme. Le seul point important est de pratiquer une saignée large, abondante, qui oscillera de 500 grammes dans les cas bénins à 1.000 ou 1.500 grammes dans les cas plus graves.

Si une première émission sanguine ne suffit pas pour amener la sédation des accidents, il ne faut pas hésiter à pratiquer une seconde et même une troisième saignée, celles-ci de 200 à 500 grammes en moyenne à intervalles de 8 à 10 heures (1). Ces chiffres sont aussi ceux de la Maternité où MM. Porak et Massé ont pu pratiquer des saignées totales de 2.000 grammes sans aucune complication secondaire.

(1) Carbonnel, recommande de ne jamais descendre au-dessous de 800 grammes. Nous considérons ce chiffre comme un peu fort. Thèse de Paris, 1909.

Mais dans aucun cas on ne retirera moins de 500 grammes lors de la première émission ; une saignée de valeur moindre n'amenant presque jamais d'amélioration sensible, on serait toujours obligé de la faire suivre d'une seconde comme dans l'observation XII. Il est donc plus simple de faire la première émission plus abondante et le chiffre indiqué de 500 grammes doit être considéré comme un minimum.

Doit-on faire du sérum après la saignée ? Porak et Bernheim en ont injecté dans le but de laver le sang, remplaçant la quantité de sang retiré par une égale quantité de sérum. Mais, depuis les travaux d'Achard et Loeper, Widal, Castaigne et Rathery sur la perméabilité rénale, et de Vaquez et Nobécourt sur l'hypertension, il a été démontré que chez les éclamptiques traitées par le sérum, le volume des urines est inférieur à ce qu'il serait s'il n'y avait pas eu injection, que la dilution de l'urine est moins grande et la concentration moléculaire plus forte. Ils concluent que « les injections de sérum devraient disparaître du traitement de l'éclampsie comme elles ont disparu du traitement de plusieurs autres affections (1) ». De plus, la saignée ayant pour but d'abaisser la pression sanguine, n'est-ce pas aller à l'encontre de ce résultat que d'injecter du sérum qui ramènera la tension à son point primitif ?

D'ailleurs Porak (2) a lui-même proclamé la faillite des injections salines en ne conservant que la saignée large et abondante.

(1) O. Macé et Pierra, *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1905.
(2) Porak, *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1900.

Cette saignée sera suivie de l'absorption de gré ou de force de deux verres d'eau de Sedlitz. On pratique ensuite avec la sonde rectale un grand lavage intestinal de 20 ou 30 litres au sérum ou plus simplement à l'eau bouillie ; ce lavage ramène souvent des matières très fétides en abondance. Un lavement du Codex achèvera, au besoin, de vider l'intestin.

On pourra quelquefois avoir recours à la ponction lombaire qui permet d'évacuer 10 à 20 grammes de liquide céphalo-rachidien très hypertendu, cette pratique est à conseiller dans les cas de crises subintrantes et de céphalée violente. D'après Chirié, elle s'adresse surtout aux troubles cérébro-spinaux en diminuant la compression et la congestion des centres nerveux ; peut-être protège-t-elle contre les hémorragies bulbaires entraînant la mort rapide. Mais elle ne saurait constituer, ainsi qu'on l'a prétendu, le traitement de l'éclampsie (1).

Pendant les 24 premières heures la malade absorbe deux verres d'eau lactosée ; dans la journée qui suit on lui donne de l'eau lactosée à discrétion ; puis son état s'améliorant, elle est mise successivement au lait et au régime déchloruré. La disparition des œdèmes et de l'albumine marque la reprise de l'alimentation normale.

On aura soin, pendant toute la période de mal, d'isoler la malade à l'abri de la lumière et du bruit qui peuvent provoquer de nouvelles crises convulsives. Dès que l'état de la mère le permet, l'enfant est mis au sein ; quelques

(1) Stern et Burnier, *Gazette des hôpitaux*, février-mars 1900.

accoucheurs recommandent de faire écouler le premier lait qui peut renfermer des toxines non encore éliminées.

Chez aucune de nos malades il n'a été donné de chloral, de chloroforme ou d'anesthésique quelqu'il soit.

CHAPITRE II

HISTORIQUE DE LA SAIGNÉE

Dès 1694, Mauriceau avait préconisé la saignée comme traitement de l'éclampsie. Plus tard, elle fut reprise par Baudelocque (1). « Rien, dit-il, ne saurait remplacer la saignée dans les cas où il y a des symptômes de pléthore sanguine bien prononcée ou lorsque les convulsions ont donné lieu à l'engorgement du cerveau. » De même, Mme La Chapelle voulait « qu'on saignât toutes les femmes présentant des convulsions, même celles qui sont débiles, pâles, convalescentes et infiltrées ».

A leur suite, Paul Dubois conseille les saignées « portées assez loin pour faire perdre aux malades, en l'espace de quelques heures, 1.000 à 2.000 grammes de sang. Depaul (2) s'est particulièrement appliqué à montrer tous les avantages qu'on pouvait retirer de saignées répétées : « Pour ma part, écrit-il, je n'hésite pas à déclarer que les succès que j'ai obtenus, je les dois aux émissions sanguines. Je suis de ceux qui défendent avec le plus d'ardeur ce mode de traitement, et je suis convaincu qu'en cela je fais quelque chose d'utile. »

Mais surgit alors la théorie de l'anémie des femmes en-

(1) Mme La Chapelle, *Pratique des accouchements*, t. III, p. 29-30.
(2) Depaul, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1854.

ceintes à la suite des travaux d'Andral et de Gavarret ; presque tous les accoucheurs abandonnent la saignée.

Seul Peter (1) reste le défenseur d'une thérapeutique qui paraissait avoir fait ses preuves. Il s'efforce de démontrer que, si dans la grossesse il y a anémie qualitative, il y a aussi pléthore sanguine et congestion des reins ; aussi prescrit-il la saignée, pour combattre la congestion rénale cause du mal, comme traitement curatif et même comme traitement préventif, rapportant l'observation d'une femme qui, à sa 1re grossesse, eût une attaque d'éclampsie ; à la 2e elle fut saignée et accoucha heureusement ; à la 3e et à la 5e ne l'ayant pas été, elle eut des accès, tandis qu'aux autres elle n'eut pas de crises.

Mais depuis Peter les grandes émissions sanguines sont en général abandonnées dans le traitement de l'éclampsie. Lorrain retirait volontiers 1.200 grammes de sang. Charpentier (2) ne croyait pas à l'efficacité de la saignée employée seule, elle ne ferait qu'éloigner les accès d'une façon notable.

Dans son service de la clinique d'accouchements, Tarnier faisait saigner les éclamptiques ; car, pour lui, c'est le meilleur traitement. Il en profitait pour rechercher ensuite la toxicité du sérum et en tirer certains renseignements pour le pronostic des accès. Budin n'y avait recours que chez les femmes robustes ayant de l'hyperthermie. De nos jours, M. le professeur Pinard ne pratique pas la saignée dont il n'a du reste observé aucun heureux résultat dans le service de Depaul.

(1) Peter, *Leçons de clinique médicale*, t. II.
(2) Charpentier, thèse d'agrégation.

M. le professeur Ribemont-Dessaignes (1) cite accessoirement la saignée dans la thérapeutique de l'éclampsie, mais n'en fait pas un traitement exclusif.

M. le professeur Bar (2), dans les cas où la face est violacée, le pouls petit, et que la femme asphyxie, pratique la saignée pour produire l'abaissement de la tension sanguine.

M. Porak (3), ainsi que nous l'avons vu, saignait les éclamptiques dans le but de lessiver le sang par des injections de sérum ; mais depuis les travaux de Macé et Pierra (4), il a abandonné les injections salines pour ne conserver que la saignée abondante ainsi que la pratique M. Potocki dans son service de la Pitié.

(1) Ribemont-Dessaignes et Lepage, *Précis d'obstétrique*. Paris, 1904, 6e édit.

(2) Bar, in Tarnier et Budin, *Traité des accouchements*.

(3) Porak. Congrès international de Paris, 1900, section d'obstétrique. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1900.

(4) O. Macé et Pierra, *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1905.

CHAPITRE III

VALEUR DE LA SAIGNÉE

De nombreux traitements, tant médicaux que chirurgicaux, sont actuellement proposés dans l'éclampsie, il semble cependant que de toutes ces thérapeutiques la saignée est celle qui réponde le mieux aux trois indications qui se dégagent de l'étude de l'éclampsie. Nous allons voir comment elle agit vis-à-vis de l'intoxication de l'hypertension et de l'anurie en soustrayant des toxines à l'organisme en abaissant la pression sanguine et en rétablissant, la diurèse.

1° *La saignée retire de l'organisme une quantité appréciable de toxines.* — Il existe un grand nombre de procédés pour arriver au même résultat en usant des émonctoires naturels,en stimulant les fonctions de l'intestin, des glandes sudoripares et du rein ; et c'est dans cette intention qu'on a prescrit les purgatifs, les diaphorétiques et les diurétiques.

Parmi les purgatifs donnant de bons résultats il faut citer tous les purgatifs drastiques, parce qu'ils ont une action intense et rapide. Wilson emploie le calomel à la dose de 0 gr. 75 à 1 gr. 25 en plusieurs prises qui agit à la fois comme cholagogue, diurétique et antiseptique ; ce purgatif est à rejeter chez une malade déjà empoisonnée, à cause de la toxicité des sels mercuriels. Nous employons un purgatif salin, l'eau de Sedlitz associée le plus souvent à

un lavement purgatif du Codex, cette pratique a pour avantage de provoquer une diarrhée séreuse très abondante et sans coliques.

La pilocarpine et le jaborandi ont été donnés comme diaphorétiques, mais ils ont l'énorme inconvénient de provoquer l'œdème du poumon avec dyspnée et expectoration abondante (1); le cœur faiblit et l'on a pu voir survenir de la paralysie cardiaque. Bar conseille les bains tièdes associés à la diète hydrique, Magnuber et Trennel ont recours aux enveloppements humides, ces pratiques ont l'avantage de favoriser la sudation et d'améliorer l'état général, elles sont à conseiller chez des malades à température élevée et présentant des troubles psychiques.

Mais, ainsi que l'a montré M. le Professeur Bouchard, la quantité de toxines éliminée par la sueur et l'hypersécrétion du suc intestinal est tout à fait minime, il n'en est pas de même de la saignée qui, en quelques minutes, permet de retirer une grande quantité de produits toxiques ; en effet, 320 grammes de sang renferment 5 grammes de matières extractives constituées en majeure partie par des toxines. Pour arriver au même résultat par les purgatifs ou les diaphorétiques, il faudrait que la sécrétion intestinale ou la sueur fussent telles que des accidents analogues à ceux du choléra se produisent et compromettent par eux-mêmes la vie du malade. D'où la nécessité de faire une saignée aussi abondante qu'on pourra pour retirer le plus possible de toxines.

2° *La saignée fait baisser la pression d'une façon durable.* — Dans le même but, on a successivement donné

(1) Lipskeroff, Thèse de Paris, 1910.

le veratrum viride, le chloroforme, le chloral, la morphine, l'iodure de potassium, etc.

Le veratrum viride, surtout employé par les Américains et les Italiens (1), est un dépresseur du système nerveux ; il diminue la fréquence du pouls, paralyse les vaso-moteurs et produit une transpiration abondante. C'est en même temps un purgatif drastique énergique. Il aurait l'avantage de ne pas amener l'expulsion du fœtus même aux doses toxiques.

Bouchardat semble avoir employé le chloroforme pour la première fois en 1858. M. le Professeur Pinard le donne au moment précis où le clignotement des paupières et les mouvements des globes oculaires annoncent une crise, d'autres endorment complètement la malade et l'entretiennent. Le chloroforme a une action vaso-dilatatrice et par conséquent abaisse la pression.

Il en est de même du chloral préconisé par Serré et Bourdon en potion ou en lavement. En Allemagne on employa d'abord l'opium qui a l'inconvénient d'élever la tension, d'accélérer le pouls et de constiper. Veit (2) et Löhlein (3) donnent la morphine à haute dose.

Kœnig emploie le chloroforme et la morphine, Stroganoff (4) et Morvan associent le chloral à la morphine.

Mais tous ces produits, s'ils abaissent la pression, ne le font pas d'une façon bien sensible ni bien durable ; de plus ils sont tous des poisons. N'est-ce pas là une contre-

(1) Mangiagalli, *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1900.
(2) Veit, *Gesellschaft f. Geburt. und Gynaek.*, Berlin, 1895.
(3) Löhlein, *Congrès de gynécologie de Bonne*, 1891.
(4) Stroganoff, *Vratch*, 1901.

indication à les employer chez des malades déjà intoxiquées, chez lesquelles les organes d'élimination, le foie et le rein sont lésés ?

A la suite des recherches de Doyon (1), Morel, Auburtin (2) et Budin, il a été prouvé que le chloroforme a une action nocive sur le foie et le rein ; de plus chez des femmes ainsi traitées on aurait constaté que le fœtus naît souvent en état de mort apparente. M. le Professeur Bar, de son côté, redoute l'action de la morphine sur le rein déjà touché ; on voit par conséquent tout le danger d'ajouter aux toxines existantes dans l'organisme, de nouveaux poisons.

Au contraire la saignée abondante a l'avantage de faire baisser la pression de plusieurs centimètres d'une façon durable ; c'est même la seule indication que lui reconnaisse Bouffe de Saint-Blaise (3) qui n'admet pas la saignée pour éliminer les toxines de l'organisme.

Ambard (4) a étudié expérimentalement l'action de la saignée sur la pression, et il conclut : « Une saignée de 10 0/0 du sang total, soit 500 grammes pour un homme robuste, abaisse légèrement la pression pendant deux minutes, puis la relève. Une deuxième saignée analogue qui extrait encore 10 0/0 du sang, soit au total 18 0/0, car après la première saignée le sang se dilue, n'abaisse pas encore sensiblement la pression ; c'est-à-dire qu'un litre de sang extrait à un homme robuste n'abaisserait pas la

(1) Doyon, *Société de biologie*, 1905.
(2) Auburtin, *Effets tardifs du chloroforme*, thèse de Paris, 1906.
(3) Bouffe de Saint-Blaise, *Pratique médico-chirurgicale*, Paris, 1908.
(4) Ambard, thèse de Paris.

pression. Une troisième saignée abaisse au contraire brutalement la pression, il y a donc, au point de vue de l'influence de la saignée sur la pression, une période critique qui se place vers une saignée de 20 à 30 0/0. » On obtient ce résultat en pratiquant dès la première fois une saignée de 1.000 à 1.200 grammes qui amène une chute rapide de la pression aux environs de 11 centimètres de mercure.

A la suite de la saignée rouge des tissus se produit vers les vaisseaux une saignée blanche qui tend à relever la pression.

On voit, en effet, celle-ci remonter peu à peu et atteindre son niveau normal, le dépasser quelquefois, marquant la réapparition des accidents convulsifs ; c'est alors qu'il ne faut pas hésiter à pratiquer une seconde saignée qui amènera une chute définitive de la pression et la cessation des accès.

3° *La saignée rétablit la diurèse.* — On sait que la plupart des éclamptiques, si elles ne sont pas totalement anuriques, n'excrètent qu'une très faible quantité d'urine. Pour rétablir la sécrétion rénale, on a eu recours aux diurétiques qui n'ont donné aucun résultat, l'obstacle étant mécaniquement constitué dans le rein par la congestion de cet organe. De plus, il y avait un grand inconvénient à introduire chez des femmes intoxiquées de nouveaux produits plus ou moins nocifs. En 1902, Edebohls préconise la décapsulation rénale, puis, en 1906, Chambrelent et Pousson (1) rapportent à l'Académie de médecine un cas de décapsulation et néphrotomie avec guérison. Depuis,

(1) Chambrelent et Pousson, *Académie de médecine*, 3 avril 1906.

quelques bons résultats ont été obtenus, mais il faut noter de nombreux échecs. M. le Professeur Pinard réserve la décortication pour les cas d'anurie ; Pieri la pratique à la période de préanurie.

Les avis, on le voit, sont très partagés, cependant on peut considérer que la décapsulation et la néphrotomie n'agissent qu'en décongestionnant le rein ; il s'écoule, au moment de l'opération, une notable quantité de sang.

Or, la saignée a une influence des plus heureuses sur le rein ; à la suite de l'émission sanguine, les organes se débarrassent de leur trop plein, puis les tissus, les viscères cèdent les humeurs, les liquides qui les encombrent et paralysent à leur niveau la vie des éléments anatomiques ; la saignée sanguine décongestionne, la saignée séreuse débarrasse les espaces interstitiels. Alors, dans cet organe qui était plus ou moins en tension, la circulation devient plus facile, la vie cellulaire entravée reprend, et dès ce moment le robinet des urines est ouvert. C'est d'après les progrès de la diurèse qui va s'accentuant dans les premiers jours après l'intervention, que s'établit le pronostic favorable de l'éclampsie.

On a donc dans la saignée un moyen thérapeutique facile à appliquer, agissant rapidement et énergiquement. Elle a, sur les autres traitements, l'avantage de n'introduire aucun poison nouveau dans l'organisme et de répondre en même temps aux trois indications fondamentales : de désintoxiquer les malades, d'abaisser la pression et de rétablir la diurèse.

OBSERVATIONS

Observation I (n° 17).

Eclampsisme. — Saignée : 500 grammes.

B... Virginie, 39 ans, domestique.

III pare. Dernières règles, 8 *avril* 1907. Albumine pendant la grossesse.

Entre à l'hôpital le 2 *janvier* 1908 à 8 heures du soir, en travail depuis 5 heures de l'après-midi. A son entrée elle se plaint de céphalée peu violente persistant depuis 3 ou 4 jours, elle a remarqué que depuis la même époque ses jambes étaient un peu enflées, on trouve en effet un léger œdème malléolaire, la face est un peu bouffie.

11 h. 30 du soir. La malade est prise subitement de céphalée très violente surtout frontale, le facies est congestionné, le pouls dur, hypertendu ; elle se plaint de voir des mouches volantes et de distinguer mal les objets.

7 grammes d'albumine dans les urines.

3 *janvier*. — 6 heures matin. La malade devient très agitée, la céphalée persiste aussi douloureuse, les œdèmes ont augmenté particulièrement l'œdème palpébral ; diminution très sensible de l'acuité visuelle, la malade se plaint d'avoir un nuage devant les yeux, elle a quelques bourdonnements d'oreille.

10 heures matin. M. Potocki examine la malade et décide de pratiquer une saignée.

On extrait 500 grammes de sang.

Il a été curieux de constater qu'au fur et à mesure de l'écoulement du sang la malade accusait une diminution notable de la céphalée et de l'amblyopie. A la fin de l'émission qui avait duré

environ 20 minutes, la céphalée avait complètement disparu, la malade reposait tranquillement et s'endort même pendant quelques heures.

4. — 3 heures matin. Accouchement normal d'un enfant vivant. Délivrance normale.

La malade ne souffre plus du tout.

5. — Les œdèmes ont complètement disparu, encore quelques traces d'albumine dans les urines. Régime déchloruré.

6. — L'albumine a disparu, la malade est mise au régime normal.

Elle sort le 12e jour parfaitement guérie.

Suites de couches apyrétiques.

Observation II (n° 70).

Eclampsisme. — Saignée : 500 grammes.

D... Maria, 20 ans, employée.

I pare. Dernières règles, 16 *avril* 1907. N'a pas fait analyser ses urines au cours de la grossesse.

Entre dans le service le 31 *janvier* 1908 à 5 h. 30 du matin.

Elle se plaint de ressentir depuis 15 jours une violente céphalée frontale avec prédominance dans la région sus-orbitaire gauche ; elle a eu plusieurs fois le phénomène de la main morte à la fin de la journée.

La céphalée est surtout vive l'après-midi et la première partie de la nuit. Depuis 5 ou 6 jours elle s'est aperçue qu'elle était bouffie et que ses jambes enflaient.

A son entrée elle est en travail depuis minuit, la céphalée persiste. A l'examen on trouve de l'œdème palpébral, pas de myosis, ni d'inégalité pupillaire. Léger œdème des malleoles, œdème beaucoup plus marqué de la région pubienne et de la paroi abdominale remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Pas de troubles de la vue ni de l'ouïe.

La malade est sondée mais sans résultat.

10 heures matin. La céphalée augmente et depuis une heure la malade accuse des troubles de la vue du côté gauche particulièrement. Elle est très agitée et se plaint continuellement.

La tension artérielle prise à l'appareil de Potain est de 19.

Saignée de 500 grammes.

Aussitôt après la saignée, la pression tombe à 15.

La céphalée a notablement diminué, les troubles de la vue ont disparu, la malade s'endort et repose tranquillement le reste de la journée.

Par plusieurs cathétérismes on obtient 250 grammes d'urine, ne contenant pas d'albumine.

1er *février*, 3 h. matin. Accouchement spontané d'un enfant vivant.

Délivrance normale.

Dans la journée, la malade urine spontanément 1.900 grammes d'urine ne contenant pas d'albumine.

2. — Les œdèmes ont disparu, la malade va bien.

Légère élévation thermique le soir. Injection intra-utérine au permanganate de potasse.

3. — Le matin, 38° ; le soir, 38°7. Injections intra-utérines matin et soir.

4. — La température est redevenue normale.

Elle sort guérie le 12e jour.

Observation III (n° 71).

Crises éclamptiques. — Saignée : 500 *grammes.*

X..., étrangère.

Accouchée chez une sage-femme, agréée le 31 janvier 1908, d'une fille vivante.

Au moment de l'accouchement, les urines étaient normales.

1er *février*. — La sage-femme qui l'a accouchée la ramène dans le service à 4 heures du soir parce qu'elle a eu chez elle deux crises d'éclampsie, l'une à 2 heures, l'autre à 2 h. 1/2.

La malade est dans le coma depuis sa première crise, elle est peu agitée.

A l'examen, léger œdème palpébral, œdème malléolaire beaucoup plus marqué.

Par cathétérisme, on obtient juste de quoi faire une analyse d'urine qui décèle 1 gr. 50 d'albumine.

Pouls dur hypertendu, mais régulier.

A l'appareil Potain, la tension est de 20 centimètres.

Saignée de 500 grammes.

Lavage rectal de 20 litres qui ramène des matières fétides, mais peu abondantes, 2 verres d'eau de Sedlitz.

Après la saignée : T. A. = 18.

2. — La malade a repris connaissance, elle n'a plus eu de crises, mais se plaint un peu de céphalée. Elle ne se souvient absolument pas de ce qui s'est passé la veille.

L'œdème des paupières persiste, celui des malléoles a beaucoup diminué.

Elle urine spontanément 1 litre d'urines très claires, un peu albumineuses.

3. — L'albumine et les œdèmes ont disparu complètement ainsi que la céphalée.

La malade sort le 9e jour guérie.

Suites de couches apyrétiques.

Observation IV (n° 259).

Crises éclamptiques. — Saignée : 1.170 grammes.

O..., 23 ans, sténographe.

I pare. Dernières règles, 5 juillet 1907.

Est amenée à l'hôpital le 26 avril 1908, à 1 heure du matin, par une sage-femme agréée, chez laquelle elle a eu une crise convulsive dont la sage-femme ne peut préciser la nature.

A l'entrée : facies normal, peut-être un peu de bouffissure des paupières ; rien du côté des yeux ; céphalées légères ; aucun trouble sensoriel de la vue ou de l'ouïe. Morsures doubles de la langue.

Pas d'œdème des membres supérieurs, ni de la vulve. Léger œdème prétibial et malléolaire. Respiration normale, pouls 80. Il est impossible de se procurer un sphygmomanomètre.

A ce moment trois crises successives se produisent confirmant le diagnostic d'éclampsie jusque-là douteux.

Saignée de 1.170 grammes.

Lavage rectal de 10 litres qui ne ramène rien.

9 heures du matin. La dilatation est complète, la femme étant en travail depuis trois jours on extrait à l'aide du forceps un garçon vivant.

Aussitôt après, nouvelle crise plus intense que les précédentes, au cours de cet accès la plaie du bras se rouvre et laisse écouler une quantité de sang qu'on peut évaluer à 100 grammes.

10 heures. Délivrance artificielle pour enchâtonnement du placenta dans la corne gauche suivie d'une injection intra-utérine.

La tension mesurée à ce moment est de 15 centimètres.

11 heures. La malade urine spontanément ; mais en très petite quantité.

Les urines sont albumineuses, mais ont été analysées avec du sang.

27 *avril*. — La malade a bien dormi, et n'a plus eu de crises.

Le matin, 37°8, pouls 110. Le soir 38°5, pouls 120.

Injections intra-utérines au permanganate de potasse.

28. — La malade va mieux.

Le matin, 37°7, pouls 100. Le soir, 38°3, pouls 110.

Injections intra-utérine.

Pas d'albumine dans les urines.

29. — La température est normale.

La malade sort le 16e jour guérie.

Observation V (n° 358).

Crises éclamptiques. — Saignée : 500 grammes.

S... Charlotte, 17 ans, plumassière.

I pare. Dernières règles, 16 septembre 1907. Scarlatine à 2 ans.

Accouchée le 10 juin 1908, chez une sage-femme agréée, d'un enfant vivant.

14 *juin* au matin. — L'accouchée est prise d'un violent mal de tête qui augmente encore dans l'après-midi.

Vers 4 heures, elle a une première crise d'éclampsie.

Amenée de suite à l'hôpital, elle a un second accès dans la voiture.

A l'entrée elle est obnubilée, répondant mal aux questions qu'on lui pose, ne se souvenant pas de ce qui s'est passé. Elle se plaint de maux de reins très douloureux et d'une céphalée intense.

Dans les urines, 0 gr. 25 d'albumine.

Saignée de 500 grammes.

25 grammes d'eau-de-vie allemande.

Lavage rectal de 20 litres.

La malade reprend connaissance et comprend ce qu'on lui demande.

Pendant toute la nuit elle boit de l'eau lactosée, elle est très agitée, mais n'a plus eu de crises.

15. — La malade va très bien, mais ne se souvient nullement de ce qui s'est passé la veille.

Les urines ne contiennent plus d'albumine.

La céphalée a complètement disparu.

Suites de couches apyrétiques.

Sort le 6e jour après la saignée, guérie.

Observation VI (n° 369).

Crises éclamptiques. — Saignée : 700 grammes.

S... Berthe, 20 ans, domestique.

I pare. Dernières règles, 8 septembre 1907. Scarlatine à 13 ans.

Entre dans le service le 17 *juin* 1908 à 6 h. 30 du matin, elle est en travail depuis trois jours et ne présente à ce moment aucun symtôme anormal.

11 h. 30. La malade se plaint d'une vive céphalée frontale et d'une cécité à peu près complète survenue brusquement.

2 gr. 50 d'albumine dans l'urine. Pas d'œdèmes.

La malade est très agitée.

12 h. 1/4. Elle est prise subitement d'une crise convulsive à la suite de laquelle elle reste dans le coma.

Tension artérielle = 23 centimètres.

Saignée de 700 grammes.

La malade ne reprend pas connaissance.

1 heure. Lavage intestinal de 15 litres qui ramène des fèces en très grande quantité et très fétides. Par cathétérisme on retire 100 grammes d'urine claire.

1 h. 1/2. 2e crise convulsive. Lavement purgatif du Codex ; un verre d'eau lactosée.

Température rectale 37°8, pouls 109.

2 h. 30. La malade reprend peu à peu connaissance, mais se plaint toujours de la tête ; plus de troubles du côté des yeux.

4 heures. La dilatation étant complète, on extrait à l'aide du forceps un enfant vivant.

Délivrance spontanée et complète.

5 h. 10. 3e crise suivie du coma.

6 h. 45. 4e crise, température 38°2, pouls 114.

10 heures. 5e crise, le coma persiste toujours.

11 h. 1/4. 6e crise, ce fut la dernière, le reste de la nuit la malade repose tranquillement, elle se réveille pour absorber 3/4 de litre d'eau lactosée.

18. — Température 38°6, pouls 108. Lavage intestinal de 20 litres.

La malade a complètement repris connaissance, elle urine spontanément. Régime lacté.

19. — La malade va bien. Plus d'albumine dans les urines. Température normale.

Suites de couches apyrétiques.

La malade part guérie le 12e jour.

Observation VII (nº 897).

Crises éclamptiques. — Saignée : 1.400 grammes.

L... Marie, 25 ans, ouvrière.

III pare, dernières règles ? Albumine pendant la grossesse.

Amenée le 30 décembre 1908 en ambulance. Depuis 8 jours, elle avait des troubles de la vue et des maux de tête. A son entrée, elle

est dans un état d'agitation extrême et n'a pas sa connaissance. Depuis 6 heures du soir, elle a eu six accès d'éclampsie chez elle et deux dans la voiture.

Elle paraît enceinte de 8 mois à peine. Enfant vivant.

6 h. 40. Facies très coloré, pouls dur, très tendu, la malade est dans le coma complet.

L'urine contient 7 grammes d'albumine.

Saignée de 1.400 grammes très bien supportée, les joues restent colorées, le pouls moins tendu et plus rapide est néanmoins bien frappé.

7 heures. 9e accès, pouls 180. Température rectale, 38°2 ; lavement purgatif du Codex qui n'est pas conservé.

7 h. 1/4. 10e accès, grand lavage intestinal qui ramène des matières peu abondantes mais fétides.

8 h. 40. 11e accès, la langue qui portait quelques traces de morsures est légèrement œdématiée à la pointe.

La malade est très agitée même en dehors des accès.

9 h. 30. 12e accès, l'état de la femme ne s'améliorant pas et le fœtus commençant à souffrir, on pose un ballon de Champetier pour accélérer le travail.

10 h. 50, 11 h. 15, 12 h. 45. 13e, 14e et 15e accès.

31 *décembre*, 1 h. 20. — Application de forceps à dilatation complète. Enfant mort. Délivrance artificielle, l'accouchée perd environ 400 grammes de caillots.

Température 40°.

1 h. 30. 16e accès très court. A partir de ce moment, les accès vont progressivement diminuer d'intensité.

Par cathétérisme, on obtient une cuillerée d'urine très foncée.

2 h. 30, 3 h. 10, 3 h. 30, 3 h. 35. 17e, 18e, 19e et 20e accès.

3 h. 40 à 5 heures. 21e et 22e accès très légers, pouls 170.

5 h. 45 à 11 h. 1/4. 23e à 29e accès.

Midi. Température 39°, pouls rapide ; irrégulier.

3 heures. Température 38°4, pouls 132.

La malade n'a plus d'accès, elle reprend peu à peu connaissance et absorbe de l'eau lactosée en assez grande quantité. Le reste de la journée et la nuit sont calmes.

On obtient à la sonde 50 grammes d'urine.

1er *janvier*. — Température 37°6, pouls 124.

Par cathétérisme, le matin et le soir on retire 3/4 de litre d'urine, la malade a à peu près complètement repris connaissance, mais dans la soirée elle divague un peu.

Elle boit deux litres d'eau lactosée.

Pouls 112, température 37°3.

Nuit très agitée.

2. — La malade urine spontanément 1/2 litre d'urine contenant 6 grammes d'albumine. Elle divague de plus en plus, nécessitant une surveillance continuelle.

3. — La malade est en parfait état de santé, mais elle fait de la manie puerpérale ; étant très agitée, on doit l'évacuer sur la Salpêtrière.

Observation VIII (n° 278).

Crises éclamptiques. — Saignées de 450 et 500 grammes.

J... Ernestine, 25 ans, couturière.

I pare. Dernières règles, août 1908.

Reçue dans le service le 24 avril 1909. Paraît enceinte de 8 mois. Ses urines examinées pendant la grossesse ne contenaient pas d'albumine.

Le 24 *avril*, à 1 heure du matin, elle a été prise brusquement d'une crise convulsive.

3 heures. 2e crise.

3 h. 1/2. 3e crise. Un médecin pose le diagnostic d'éclampsie et la fait conduire à l'hôpital où elle est amenée à 6 heures. Dans la voiture, elle a eu une quatrième crise.

A son entrée, elle répond parfaitement à toutes les questions qu'on lui pose et se plaint d'une céphalée très douloureuse. Aucun autre symptôme anormal, la malade n'a jamais perdu connaissance.

Col long perméable. Quelques contractions.

6 h. 10. 5e crise qui permet de faire le diagnostic certain d'éclampsie.

Saignée de 450 grammes.

9 heures. Lavage rectal de 20 litres qui ramène des matières en très grande quantité et très fétides. Pendant ce lavage, 6e crise.

On fait absorber à la malade deux verres d'eau de Sedlitz et on lui donne un lavement purgatif du Codex.

Midi. 7e accès suivi de coma.

On pratique une ponction lombaire qui permet de retirer 20 grammes de liquide clair hypertendu. Pas de résultat appréciable.

La tension artérielle mesurée à l'appareil d'Amblard donne 120 pression minimum et 150 pression maximum ; la pression normale avec cet appareil est de 90 minimum et 115 maximum.

Nouvelle saignée de 500 grammes.

Aussitôt après la saignée, la malade reprend connaissance, elle repose tranquillement. On lui donne à boire de l'eau lactosée.

Elle urine spontanément, quelques traces d'albumine dans les urines.

La nuit est calme, la malade dort et n'a plus aucun accès.

25 *avril*. — Lucidité complète ; l'état général est satisfaisant.

Les bruits du cœur fœtal sont bons.

25. — Bon état général. Plus d'albumine.

27. — On ne perçoit plus les bruits du cœur.

28. — Expulsion d'un enfant mort et macéré, délivrance spontanée et complète.

1er *mai*. La malade va très bien.

Tension maximum 125, tension minimum 105.

Suites de couches apyrétiques.

Sort le 12e jour après son accouchement. Guérison.

Observation IX (n° 380).

Crises éclamptiques. — Saignée : 800 *grammes*.

P... Jeanne, 20 ans, employée de commerce.

I pare. Dernières règles, *octobre* 1908. Albumine pendant la grossesse.

Le 23 *juin*, à 4 heures du matin, elle est accouchée chez elle sur son bassin d'un enfant vivant.

A ce moment survient une première crise convulsive ; une sage-femme fait une délivrance artificielle et envoie chercher un médecin.

6 heures. 2e crise suivie de coma.

8 et 10 heures. 3e et 4e crises.

A partir de ce moment les crises se rapprochent à tel point que l'entourage ne les compte plus. On fait transporter la malade à l'hôpital.

Elle entre dans le service le 23 *juin*, à 4 heures du soir.

Coma complet ; à peine est-elle arrivée qu'elle a une crise très violente. La langue porte une profonde blessure qui doit se rattacher à un accès antérieur.

Tension à l'appareil Potain 21.

Saignée de 800 grammes.

4 h. 10. 2e accès observé dans le service.

4 h. 20. 3e accès. La malade reste dans le coma.

Par cathétérisme on obtient un peu d'urine ; celle-ci chauffée prend en masse dans le tube. Lavage intestinal de 20 litres qui ramène seulement quelques fèces.

Lavement du Codex. Selles abondantes.

4 h. 45 à 5 h. 50. 5e au 9e accès observés dans le service.

On tente sans succès une ponction lombaire, la malade étant très agitée on doit y renoncer.

6 heures. 10e accès et dernier La malade reste très agitée toute la nuit quoiqu'elle ait un peu repris connaissance.

24. — La malade est encore obnubilée, elle urine spontanément 500 grammes d'urine contenant 5 grammes d'albumine. Régime lacté.

26. — Le deuxième bruit aortique est notablement accentué, pouls dur et tendu.

Albumine, 0 gr. 50.

La malade a recouvré toute sa lucidité.

Suites de couches apyrétiques.

Sort le 12e jour parfaitement guérie.

Observation X (n° 420 *bis*).

Crises éclamptiques. — Saignée : 1.200 *grammes.*

L..., 24 ans, blanchisseuse.

I pare. Dernières règles, 16 *septembre* 1908.

A consulté à la clinique Tarnier au 3e et au 7e mois de sa grossesse ; à ce moment, rien de particulier.

Trois semaines avant son accouchement, elle est hospitalisée à l'Asile Michelet. Huit jours après son entrée, ayant des céphalées intermittentes et des urines légèrement albumineuses, elle fut mise au lait. Après 8 jours de ce régime, elle reprend le régime ordinaire.

Accouchée le 27 *juin*, à 10 heures du matin, d'un enfant vivant ; jusque-là aucun symptôme anormal.

10 h. 25. Au moment de procéder à la délivrance. 1re crise d'éclampsie, peu longue et sans coma.

11 h. 30. 2e crise également sans coma.

1 h. 30. 3e crise avec léger coma.

3 h. 30. 4e crise avec coma complet.

Saignée de 1.200 grammes.

Lavage intestinal de 30 litres, puis lavement purgatif du Codex qui n'est pas conservé.

Le coma persiste. Il s'est formé dans le vagin un thrombus de la grosseur d'une tête d'enfant.

Eau lactosée à discrétion. T. 38°5.

Quelques mictions spontanées, mais on n'a pu recueillir l'urine.

La malade n'a plus de crises et passe une nuit tranquille, mais sans reprendre connaissance.

28 *juin*. — La malade est calme, mais n'a pas repris connaissance. On la sonde matin et soir, les urines sont troubles et contiennent de l'albumine. T. 38°9.

Elle ne prend que de l'eau lactosée.

29. — Le coma persiste, cependant on fait absorber à la malade de l'eau et du lait et deux verres d'eau de Sedlitz. T. 40°.

On continue à la sonder.

30. — Le coma disparaît et la malade reprend complètement connaissance. T. 38°7.

Elle est mise au régime lacté.

Le soir elle a une miction spontanée.

3 *juillet*. — Le thrombus se vide de ses caillots et la température retombe brusquement à la normale.

Régime déchloruré. Encore des traces d'albumine dans l'urine.

7. — L'albumine a complètement disparu, la malade va très bien, elle est mise au régime normal.

Sort le 20e jour parfaitement guérie.

Observation XI (n° 569).

Crises éclamptiques. — Saignée : 800 grammes.

F... Pauline, cuisinière, 29 ans.

I pare. Dernières règles : 13 janvier 1909. N'a pas consulté pendant sa grossesse.

Est amenée en ambulance à 4 h. 45 du matin le 7 octobre 1909. Elle a déjà eu trois crises d'éclampsie chez elle et une 4e dans la voiture.

A peine entrée, elle a une 5e crise. Coma complet. On tente une saignée qui ne donne que 20 grammes de sang.

Lavage intestinal de 20 litres qui ramène des fèces très fétides.

Pouls hypertendu.

6 h. 20. 6e accès. Saignée de 800 grammes.

Lavement purgatif du Codex qui est aussitôt rejeté.

7 h. 5. 7e accès. Avec beaucoup de difficulté on parvient à faire boire à la malade un demi-verre d'eau lactosée qu'elle vomit immédiatement.

7 h. 55 et 8 h. 40. 8e et 9e accès.

9 h. 10. 10e crise. Strabisme divergent durant à peine quelques minutes.

10 h. 11e crise.

10 h. 30. 12e crise. On retire par cathétérisme 150 grammes d'urines qui prennent en masse à la chaleur dans le tube à essai.

10 h. 55 et 11 h. 30. 13e et 14e accès.

12 h. 15e accès. La malade devient très agitée, le maximum d'agitation correspondant à une contraction utérine.

12 h. 15. Accouchement d'un enfant du sexe masculin qu'on doit ranimer.

12 h. 30. 16e crise suivie de la délivrance naturelle.

8 *octobre*. — 2 heures. 17e crise à la suite de laquelle la malade repose assez tranquillement.

3 heures. On retire par cathétérisme 75 grammes d'urine.

6 h. 1/2. 18e accès.

10 heures. Mauvais état général ; facies très pâle ; pouls rapide et filant.

Urines très rares, on doit sonder la malade ; elles contiennent 13 grammes d'albumine par litre.

9 *octobre*. La malade a repris connaissance dans la nuit et va mieux.

Urine totale : 1.250 grammes. Albumine : 7 grammes.

10. — Urine : 1.500 grammes. Albumine : 1 gr. 50.

11. — Urine : 1.500 grammes. Albumine : 0 gr. 20. La malade a absorbé dans les 24 heures 1 litre de lait et 1 litre d'eau lactosée ; plus 2 verres d'eau de Sedlitz.

15. — L'accouchée n'a plus d'albumine, on la met au régime déchloruré, puis au régime normal.

L'enfant est mort de convulsions à son 5e jour.

Suites de couches apyrétiques.

La malade sort guérie le 18e jour.

Observation XII (n° 713).

Crises éclamptiques. — Saignées : 250 *et* 950 *grammes.*

B.. Marie, 23 ans, domestique.

I pare Dernières règles : 11 *avril* 1909. Traces d'albumine pendant la grossesse.

Entre dans le service le 12 *décembre* à 5 heures du soir.

Dilatation de 2 francs.

6 heures. La dilatation reste stationnaire.

7 heures. La parturiente a subitement une 1re crise convulsive qui dure une minute à peine, avec cyanose de la face. Elle est suivie de vomissements fréquents de coloration verdâtre.

Saignée : 250 grammes.

La malade se rend compte de ce qu'on lui fait, mais est très agitée.

9 heures. Grand lavage intestinal qui ne ramène que peu de matières. La malade s'est mordu la langue et vomit quelques mucosités sanguinolentes.

10 heures. 2e crise suivie de coma de courte durée, la malade reste très obnubilée.

11 h. 45. A dilatation complète, application au forceps, extraction d'un enfant vivant.

13 *décembre*. 12 h. 20. 3e crise lors de la délivrance, coma.

1 h. 45 à 6 h. 45. 4e à 7e crises.

6 h. 50. On essaie de faire boire à la malade de l'eau lactosée, mais sans succès.

Saignée de 950 grammes.

Lavage intestinal. La malade reste dans le coma, mais est moins agitée.

9 h. 1/2. 8e accès durant à peine une minute.

Pendant le reste de la journée, la malade n'a plus eu de crises, mais est restée dans le coma.

14. — Etat général très bon, l'accouchée a un peu repris connaissance.

15. — Obnubilation mentale complète, la malade ne répond que par mots inintelligibles.

Les jours suivants elle fait du délire mystique, se croyant au paradis au milieu des anges.

20. — Tout est rentré dans l'ordre, le délire a complètement disparu.

Suites de couches apyrétiques.

Sort le 11e jour complètement guérie.

RÉSULTATS

Dans les douze observations qui précèdent, le même traitement a toujours été rigoureusement appliqué : saignée abondante ou répétée suivie d'un purgatif et d'un grand lavage intestinal.

Sur ces douze cas, on peut noter douze guérisons ; une femme a fait à la suite de ses crises convulsives un peu de délire mystique passager (Observation XII), une autre a dû être évacuée sur la Salpêtrière parce qu'elle était atteinte de manie puerpérale. Nous avons du reste pu savoir qu'elle en était sortie au bout de quinze jours parfaitement rétablie (Observation VII).

1° Il nous a été donné dans les deux premiers cas d'observer des malades à la période de pré-éclampsie, toutes deux présentaient un ensemble de symptômes qui ne pouvaient laisser aucun doute, c'était bien de l'éclampsisme (Observations I et II). Une saignée de 500 grammes a suffi pour faire disparaître rapidement tous les accidents, et même, chez la première de ces malades, il a été remarquable de constater la diminution de la céphalée coïncidant avec l'écoulement du sang.

Il n'y a donc pas à hésiter, on devra saigner toute femme présentant des prodrômes bien nets d'éclampsie ; le mal est plus facile à enrayer dans cette période que dans celle des crises et le traitement sera d'autant plus efficace qu'il

sera plus précoce. En agissant ainsi, on évitera non seulement l'apparition des accès convulsifs, mais aussi la production d'hémorragies ou d'œdèmes mortels tels qu'on en a observés.

2° Dans la période des crises convulsives, l'effet de la saignée ne se fait pas moins rapidement sentir. Après une émission sanguine suffisante, on voit l'état général s'améliorer sensiblement ; le plus souvent les crises cessent tout à fait et la malade qui était très agitée devient plus calme. D'autres fois il se produit encore quelques accès, mais ceux-ci vont en diminuant d'intensité pour disparaître, en général, au bout de six à huit heures.

On observe, cependant, des cas où, malgré une saignée copieuse, les crises se répètent aussi fréquentes et aussi violentes qu'auparavant ; c'est qu'il s'agit alors de malades profondément intoxiquées auxquelles une saignée, si abondante fût-elle, ne saurait, en une seule fois, soustraire une quantité suffisante de toxines. Il est à remarquer également chez ces femmes que la pression qu'on avait fait baisser le plus possible remonte très vite au-dessus de la normale pour atteindre son niveau primitif. C'est dans ces cas qu'une seconde saignée est indiquée ; celle-ci amène, la plupart du temps, la cessation complète des accidents (Obs. VIII et XII).

3° Le coma se dissipe peu à peu dans les premiers moments qui suivent la saignée, mais ce n'est guère qu'au bout de 24 heures que les malades recouvrent toute leur lucidité. Plus rarement, le coma persiste malgré la disparition des accès, mais la malade est calme et repose ; elle peut ne sortir du coma qu'au bout de deux ou trois jours (Obs. X).

4° La diurèse s'établit très rapidement, l'éclamptique qui n'urinait qu'un quart ou un demi-litre, a, dans les 24 heures qui suivent la saignée, une abondante débâcle urinaire. Le taux des urines remonte brusquement au-dessus de la normale pour atteindre 1.500 à 2.000 grammes dans les 24 heures. De brunes foncées qu'elles étaient, quelquefois troubles, les urines deviennent claires et limpides en même temps que l'albumine diminue très rapidement pour disparaître en moyenne au bout de quatre ou cinq jours.

5° Sur 12 accouchements, nous trouvons 8 accouchements spontanés et 4 applications de forceps. Une de ces applications avait été précédée de la pose d'un ballon de Champetier pour hâter la terminaison de l'accouchement dans le but d'avoir un enfant vivant, les signes cliniques ayant fait reconnaître la souffrance du fœtus. Malheureusement, on ne put l'avoir vivant, le travail s'étant déclaré à huit mois.

On voit que l'accouchement normal est fréquent dans de l'éclampsie. Cependant au cours du travail, en présence de la rareté des contractions certaines et de l'état de souffrance du fœtus, on pourra activer la dilatation à l'aide d'un ballon de Champetier. Il est alors de règle, à dilatation complète, de terminer rapidement l'accouchement par l'extraction artificielle du fœtus qui évitera à la femme un surcroît de fatigue. C'est du reste la conduite adoptée par la plupart des accoucheurs.

M. Bonnaire avait préconisé l'interruption de la grossesse comme traitement de l'éclampsie ; mais en admettant que le fœtus soit cause de l'intoxication maternelle, ce

n'est pas en supprimant cette cause qu'on désintoxiquera la mère ; on ne fera qu'arrêter la formation dans l'organisme de nouveaux poisons, sans lui enlever aucune des toxines qui sont en circulation.

De plus, il faut se rappeler que des éclamptiques, soumises à un traitement médical, ont pu mener à terme leur grossesse sans aucun nouvel accident ; on ne devrait donc recourir à l'interruption de la grossesse qu'après échec complet du traitement médical et dans le seul but d'obtenir vivant un enfant qui commençait à souffrir *in utero*.

6° Sur les 12 enfants, 9 vécurent, 2 autres sont mort-nés, un troisième, qui naquit étonné et fut ranimé, est mort de convulsions à son cinquième jour.

La mortalité fœtale fut donc de 25 0/0.

7° Au point de vue de la mortalité maternelle, il semble que la statistique du traitement par la saignée soit une des plus favorables.

En effet, parmi les accoucheurs qui ont eu recours au traitement médical, on peut citer les statistiques de Brunner (1), de Bâle, avec 30 0/0 de décès, Pinard (1), 19,2 0/0, Bar (2), 34,88 0/0. Ribemont-Dessaignes 30 0/0 (3).

De son côté, M. Macé a publié 27 cas d'éclampsie soignés à la Maternité par les saignées abondantes et sur lesquels il ne signale qu'une mort, soit 2, 7 0/0.

Sur les 12 observations que nous avons recueillies à la Pitié, nous ne trouvons aucun décès. Nous ne croyons pas qu'il faille voir là une coïncidence heureuse, ces observa-

(1) Thèse de Carbonnel, 1909.
(2) Thèse de Cier, 1907.
(3) Ribemont-Dessaignes et Lepage, *Précis d'Obstétrique*.

tions sont, en effet, celles de toutes les éclamptiques entrées dans le service d'accouchements du 1er janvier 1908 au 1er janvier 1910, elles s'échelonnent sur un laps de temps de deux années et parmi elles nous avons pu relever plusieurs cas très graves.

Notre statistique, quoique s'étayant sur un moins grand nombre d'observations, serait par conséquent au moins aussi favorable que celle de la Maternité.

Il est évident que nous devons y voir l'influence heureuse d'un traitement appliqué systématiquement à tous les cas d'éclampsisme et d'éclampsie et qui a fait aujourd'hui ses preuves.

Aux grandes saignées on a objecté qu'elles débilitaient les femmes et les mettaient en état de moindre résistance vis-à-vis de l'infection. Il nous suffira de répondre que toutes nos malades ont quitté l'hôpital, en parfait état de santé, dans les délais normaux, c'est-à-dire 12 à 15 jours après leur accouchement.

Au point de vue des suites de couches proprement dites, trois femmes ont fait de la température. L'une d'elles avait un thrombus du vagin, chez les deux autres la température a cédé à la thérapeutique habituelle : les injections intra-utérines antiseptiques. Une asepsie rigoureuse permettra toujours d'éviter les suites de couches fébriles, mais on aura soin chez les éclamptiques d'employer le permanganate de potasse et l'eau oxygénée de préférence à l'acide phénique et au sublimé, très toxiques.

CONCLUSIONS

I. — L'étude des accidents pré-éclamptiques et des crises éclamptiques fournit trois indications bien nettes au traitement :

a) Désintoxiquer l'organisme ;

b) Abaisser la pression ;

c) Rétablir la diurèse.

II. — Parmi tous les traitements employés, la saignée paraît être le plus efficace et le plus rationnel.

a) Elle débarrasse l'organisme d'une quantité notable de toxines en très peu de temps ;

b) Elle abaisse la pression d'une façon durable ;

c) Elle produit une diurèse rapide et abondante.

III. — Les deux femmes atteintes d'éclampsisme et les dix éclamptiques traitées à la Pitié par la saignée ont toutes guéri.

La mortalité fœtale a été de 25 0/0.

IV. — Il importe de saigner les malades dès la période d'éclampsisme ; on évite ainsi la production des crises convulsives et des accidents mortels.

V. — La saignée doit être copieuse et ne jamais descendre au-dessous de 500 grammes.

On peut la répéter au besoin.

Elle sera suivie d'un purgatif salin et d'un grand lavage intestinal à l'eau bouillie.

VI. — La saignée ne débilite pas les femmes ni ne les met en état de moindre résistance vis-à-vis de l'infection.

Vu :
Le Président de la thèse,
CH. ACHARD.

Vu :
Le Doyen :
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD.

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).